



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
APERTURA DE OPERACIÓN DE NEGOCIOS



MSF-T02-01

Yo _____ con Identidad No. _____, en cumplimiento a las Leyes vigentes que rigen al Municipio de Siguatepeque, solicito que me conceda el correspondiente PERMISO DE OPERACION del Establecimiento, que a continuación describo:

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Negocio:		Teléfono:		
Clave Catastral:		Celular:		
Dirección:				
El Inmueble Donde Funcionara Es:		Propia () Alquilada () Otros ()		
Actividad económica:		Inicio De Operaciones:		
Tipo de Rotulo:		Dimensiones:		Contador:
Estimado de ventas 3 meses:		No. Empleados:		
SECCION EXCLUSIVA	No. De Tragamonedas:		No. Maquinas Videojuegos:	
	No De Habitaciones:		No. De Mesas de Billar:	
	No. De Ataris:		No. De Rockolas:	
	Venta de Cervezas:		Venta de Licores:	

INFORMACION PROPIETARIO DEL NEGOCIO

Propietario Del Negocio / Representante legal:		Identidad:	
Clave Catastral:		R.T.N. :	
Dirección De Residencia:			
Forma de Constitución:		Persona Natural () Comerciante Individual () Sociedad ()	
Celular:		Teléfono Residencial:	

INFORMACION DEL INMUEBLE

Propietario:		Teléfono:			
Dirección Del Propietario:		Celular:			
Fecha Ultima De Pago del Bien Inmueble:					
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS					
Alcantarillado:		Tren De Aseo:		Limpieza de Calles:	
Escriba en la Casilla "SI" o "NO"					
Firma del Propietario del Inmueble/Fecha		No. De Identidad		No. Solvencia Municipal	
NO PODRA INICIAR OPERACIONES MIENTRAS NO SE HAYA APROBADO EL PERMISO DE OPERACIÓN Y QUE ESTE SOLVENTE EN LA MUNICIPALIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA SERA MOTIVO DE DENEGACION DEL PERMISO DE OPERACIÓN Y DE MULTAS ADMINISTRATIVAS QUE DICTAN LAS LEYES CORRESPONDIENTES. SI TRASPASA, CIERRA O CAMBIA DE DIRECCION DEBE REPORTARLO AL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO. COMPROMETIENDOME A CUMPLIR CON LA LEY, NORMAS, REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE PERMANECEN DE LAS AUTORIDADES MUNICIPALES, JURO QUE LOS DATOS QUE DESCRIBO SON REALES PARA LO CUAL ME SUJETO A CUALQUIER INVESTIGACION O AUDITORIA Y DE NO SER ASI, ACATAR LO QUE LA LEY DISPONGA, FIRMANDO					
Firma del Propietario Negocio/Fecha		No. De Identidad		Registro C. C. I. S.	
				No. Solvencia Municipal	

AUTORIZACION SEGÚN CORRESPONDA LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL ESTABLECIMIENTO

SALUD PUBLICA	JUZGADO DE POLICIA	OFICINA DEL AMBIENTE	OFICINA DE BOMBEROS
FIRMA/SELLO/FECHA	FIRMA/SELLO/FECHA	FIRMA/SELLO/FECHA	FIRMA/SELLO/FECHA

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACION: _____



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

CIERRE DE NEGOCIO

Siguatepeque, ____/____/____



MSF-T04

En atribuciones al Art 120 del reglamento de la Ley de Municipalidades notifico el **CIERRE DEL NEGOCIO** descrito a continuación:

INFORMACION GENERAL

Propietario: _____	Tel: _____
Nombre del Negocio: _____	Cel.: _____
No. Identidad / r.t.n: _____	No. Permiso: _____
Dirección: _____	Clave Catastral: _____
Actividad Económica: _____	

JUSTIFICACION

Por medio de la presente notifico la Cancelación de Operaciones del negocio antes descrito a partir de la fecha: ____/____/____.

Fecha en letras: _____

POR LAS SIGUIENTES JUSTIFICACIONES:

DECLARACION JURADA DE VENTAS (RESUMEN DE INGRESOS EN LEMPIRAS)

Para la realización del cierre del negocio, hago la declaración de las ventas de ENERO HASTA LA FECHA DEL CIERRE DEL AÑO ACTUAL. Las cuales detallo a continuación:				
DETALLE	VENTAS	PRODUCCION	SERVICIOS	OTROS
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				
TOTAL ANUAL				

TOTAL EN LETRAS:

AUTORIZO EL CIERRE DE MI NEGOCIO AL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO, EN LA CUAL DOY FE QUE LA INFORMACION DESCRITA ANTERIORMENTE ES FIEL Y EXACTA, PARA LO CUAL FIRMO LA PRESENTE.

Firma y Sello del Contador Negocio/Fecha	No. De Identidad	No. de Colegiación
Firma y Sello del Propietario o Representante del Negocio/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia Municipal

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACION: _____



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
MODIFICACION DE EXPEDIENTE TRIBUTARIO



Siguatepeque, ____/____/____

MSF-T05

En cumplimiento a las Leyes vigentes que rigen al Municipio de Siguatepeque, solicito la modificación de mi expediente del negocio que a continuación describo:

NOMBRE DE NEGOCIO		DIRECCION DEL NEGOCIO	
TELEFONO/CELULAR		ACTIVIDAD ECONOMICA	

marque con "X" la modificación a expediente

INFORMACION ACTUAL NEGOCIO		No. Permiso de Operación Actual:		
Nombre Del Negocio:		Teléfono:		
Propietario:				
Actividad económica:		Celular:		
Dirección:				
Contador:		Inicio De Operaciones:		
Clave Catastral:		No. Empleados:		
SECCION EXCLUSIVA	No de habitaciones:	No. De Mesas de Billar:		
Firma y Sello del Contador Negocio/Fecha		No. De Identidad		No. de Colegiación
Firma y Sello del Propietario Negocio/Fecha		No. De Identidad		No. Solvencia Municipal

INFORMACION MODIFICADA AL NEGOCIO				
Nombre Del Negocio:		Teléfono:		
Propietario:				
Actividad económica:		Celular:		
Dirección:				
Contador:		Inicio De Operaciones:		
Clave Catastral:		No. Empleados:		
SECCION EXCLUSIVA	No de habitaciones:	No. De Mesas de Billar:		
Firma y Sello del Contador Negocio/Fecha		No. De Identidad		No. de Colegiación
Firma y Sello del Propietario Negocio/Fecha		No. De Identidad		No. Solvencia Municipal

FECHA/PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____

FECHA DE RECIBIDO: _____



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
REAPERTURA DE OPERACIÓN DE NEGOCIOS



MSF-T07

Yo _____ con Identidad No. _____, en cumplimiento a las Leyes vigentes que rigen al Municipio de Siguatepeque, solicito que me conceda el correspondiente PERMISO DE OPERACION POR REAPERTURA del Establecimiento, que a continuación describo:

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Negocio:		Teléfono:			
Clave Catastral:		Celular:			
Dirección:					
El Inmueble Donde Funcionara Es:		Propia () Alquilada () Otros ()			
Actividad económica:		RE-Inicio De Operaciones:			
Tipo de Rotulo:		Dimensiones:		Contador:	
Estimado de ventas 3 meses:		No. Empleados:			
SECCION EXCLUSIVA	No. De Tragamonedas:		No. Maquinas Videojuegos:		
	No De Habitaciones:		No. De Mesas de Billar:		
	No. De Ataris:		No. De Rockolas:		
	Venta de Cervezas:		Venta de Licores:		

INFORMACION PROPIETARIO DEL NEGOCIO

Propietario Del Negocio / Representante legal:		Identidad:	
Clave Catastral:		R.T.N. :	
Dirección De Residencia:			
Forma de Constitución:		Persona Natural () Comerciante Individual () Sociedad ()	
Celular:		Teléfono Residencial:	

INFORMACION DEL INMUEBLE

Propietario:		Teléfono:			
Dirección Del Propietario:		Celular:			
Fecha Ultima De Pago del Bien Inmueble:					
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS					
Alcantarillado:		Tren De Aseo:		Limpieza de Calles:	
Escriba en la Casilla "SI" o "NO"					
Firma del Propietario del Inmueble/Fecha		No. De Identidad		No. Solvencia Municipal	

NO PODRA INICIAR OPERACIONES MIENTRAS NO SE HAYA APROBADO EL PERMISO DE OPERACIÓN Y QUE ESTE SOLVENTE EN LA MUNICIPALIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA SERA MOTIVO DE DENEGACION DEL PERMISO DE OPERACIÓN Y DE MULTAS ADMINISTRATIVAS QUE DICTAN LAS LEYES CORRESPONDIENTES. SI TRASPASA, CIERRA O CAMBIA DE DIRECCION DEBE REPORTARLO AL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO. COMPROMETIENDOME A CUMPLIR CON LA LEY, NORMAS, REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE PERMANECEN DE LAS AUTORIDADES MUNICIPALES, JURO QUE LOS DATOS QUE DESCRIBO SON REALES PARA LO CUAL ME SUJETO A CUALQUIER INVESTIGACION O AUDITORIA Y DE NO SER ASI, ACATAR LO QUE LA LEY DISPONGA, FIRMANDO

El Negocio Anterior Presente La Declaración Jurada de Cierre en fecha :

Firma del Propietario Negocio/Fecha	No. De Identidad	Registro C. C. I. S.	No. Solvencia Municipal

AUTORIZACION SEGÚN CORRESPONDA LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL ESTABLECIMIENTO ANTERIOR			
SALUD PUBLICA	JUZGADO DE POLICIA	OFICINA DEL AMBIENTE	OFICINA DE BOMBEROS
FIRMA/SELLO/FECHA	FIRMA/SELLO/FECHA	FIRMA/SELLO/FECHA	FIRMA/SELLO/FECHA

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACION: _____



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
DECLARACION JURADA DE INGRESOS



MSF-T02

DECLARACION DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO_____

Toda Persona Natural o Comerciante Individual o Social, por su actividad mercantil, industrial, agropecuaria, de prestación de servicios públicos, de comunicación electrónica, constructoras de desarrollo urbanístico, casinos, instituciones bancarias de ahorro y préstamo aseguradoras y toda actividad lucrativa, "**ESTAN OBLIGADAS A PRESENTAR EN EL MES DE ENERO DE CADA AÑO, UNA DECLARACION JURADA DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL AÑO ANTERIOR**". En base al Art. 109; Art.110; Art. 112; Art. 117 de la LEY DE MUNICIPALIDADES Y SU REGLAMENTO.

INFORMACION NEGOCIO			No. Del ultimo Permiso de Operación:	
Nombre Del Negocio:			Teléfono:	
Propietario Del Negocio:			Celular:	
Dirección:				
El Inmueble Donde Funciona Es:			Propia()	Alquilada () Otros ()
Actividad económica:			Inicio De Operaciones:	
Tipo de Rotulo:		Dimensiones:		Nombre del Contador:
Clave Catastral:		No. Empleados:		
SECCIÓN EXCLUSIVA	No. De Ataris:	No. De Tragamonedas:		No. Maquinas Videojuegos:
	No. De Rockolas:	No de Habitaciones:		No. De Mesas de Billar:
	Venta de Licores:	Venta de Cervezas:		Otros:

INFORMACION DEL INMUEBLE					
Propietario:		Teléfono:			
Dirección Del Propietario:		Celular:			
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS					
Alcantarillado:		Tren De Aseo:		Limpieza de Calles:	
Escriba en la Casilla "SI" o "NO"					

MES/DETALLE	VENTAS	PRODUCCION	SERVICIOS	OTROS
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				
TOTAL ANUAL				

TOTAL EN LETRAS	_____
-----------------	-------

LA FALTA DE CUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADA CON UNA MULTA EQUIVALENTE AL IMPUESTO CORRESPONDIENTE A UN MES, EN BASE AL ARTICULO 155 DDE LA LEY DE MUNICIPALIDADES. JURO QUE LA PRESENTE DECLARACION, ES LA EXPRESION FIEL Y EXACTA DE MIS VENTAS Y ESTOY DISPUESTO A SOMETERME A CUALQUIER AUDITORIA, PARA LO CUAL FIRMAMOS:

Firma y Sello del Contador Negocio/Fecha	No. De Identidad	No. de Colegiación
Firma y Sello del Propietario o Representante del Negocio/Fecha	No. De Identidad / R.T.N	No. Solvencia Municipal
Requisito: Contrato de Arrendamiento registrado en el Juzgado de Policía en caso de ser alquilado el inmueble	Firma y Sello Juez De Policía	Registro Cámara de Comercio

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACION: _____



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
TRASPASO DE NEGOCIOS



MSF-T06

Siquatepeque, ____/____/____

En cumplimiento a las Leyes vigentes que rigen al Municipio de Siquatepeque, solicitamos que nos conceda el correspondiente CAMBIO DE DUEÑO, de un Negocio. **En base al Art. 125 de la ley de Municipalidades -- "LOS CONTRIBUYENTES SUJETOS A ESTE TRIBUTO QUE HUBIERAN ENAJENADO SU NEGOCIO A CUALQUIER TITULO, SERAN SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES CON EL NUEVO PROPIETARIO DEL IMPUESTO PENDIENTE DE PAGO Y DEMAS ABLIGACIONES TRIBUTARIAS HASTA LA FECHA DE LA OPERACION DE TRASPASO DE DOMINIO DEL NEGOCIO" --**

INFORMACION NEGOCIO

No. Permiso de Operación Actual: _____

Nombre Del Negocio: _____	Teléfono: _____
Actividad económica: _____	Celular: _____
Dirección: _____	
Contador: _____	Inicio De Operaciones: _____
Clave Catastral: _____	No. Empleados: _____

INFORMACION GENERAL ANTIGUO DUEÑO

Propietario: _____	Tel: _____	
Nombre del Negocio: _____	Cel.: _____	
Dirección: _____	Clave Catastral: _____	
Firma del ANTIGUO Propietario/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia

INFORMACION GENERAL NUEVO DUEÑO

Nuevo Propietario: _____	Tel: _____	
Nombre del Negocio: _____	Cel.: _____	
Dirección: _____	Clave Catastral: _____	
Firma del NUEVO Propietario/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____



MUNICIPALIDAD DE SIGUATEPEQUE

DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

DECLARACION JURADA SOBRE IMPUESTO PERSONAL



Siguatepeque, ____/____/____

MSF-T03

DECLARACION DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO ____

EL IMPUESTO PERSONAL O VECINAL ES UN GRAVAMEN QUE PAGAN LAS PERSONAS NATURALES SOBRE LOS INGRESOS ANUALES DURANTE EL AÑO CALENDARIO ANTERIOR PERCIBIDOS EN UN TERMINO MUNICIPAL, en disposiciones de la Ley de Municipalidades y su Reglamento, y en uso de mis facultades presento mi Declaración con la información que a continuación detallo:

INFORMACION GENERAL DEL CONTRIBUYENTE

Nombre:	Teléfono:
No. De Identidad:	Celular:
Dirección:	
Clave Catastral:	
Empresa donde labora:	Teléfono de la Empresa:

INFORMACION SOBRE INGRESOS PERSONALES

DESGLOSE DE INGRESOS DEL PERIODO	QUINCENAL	MENSUAL	ANUAL
SUELDO			
HONORARIOS			
GANANCIAS			
DIVIDENDOS			
RENTAS			
INTERESES			
INGRESOS POR FINCAS			
PRODUCTO O PROYECTO			
PARTICIPACION			
RENDIMIENTO			
OTROS INGRESOS			
TOTAL INGRESOS ANUAL :			

LA FALTA DE CUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADA CON UNA MULTA EQUIVALENTE AL 10% DEL IMPUESTO, EN BASE AL Art. 154 del Reglamento De La Ley de Municipalidades

JURO QUE LA PRESENTE DECLARACION, ES LA EXPRESION FIEL Y EXACTA DE MIS INGRESOS, POR LO QUE ME SUJETO A CUALQUIER INVESTIGACION, Y DE NO SER ASI, ACATAR LO QUE LA LEY DISPONGA

Firma del Contribuyente/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia Municipal

FECHA/PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACION: _____

DECLARACION RECIBIDA POR: _____